Antrag auf Haushaltshilfe
Bitte vollständig ausfüllen!

Bundespolizeipräsidium
Referat 83 – Heilfürsorgeangelegenheiten

Antragssteller/in:

Vorname	Name	Versicherungsnummer
Geburtsdatum	Familienstand	Telefonnummer
PLZ	Wohnort	Straße/Hausnummer

wegen:

☐ Krankenhausbehandlung
☐ Vorsorge-/Rehabilitationsmaßnahme
☐ Schwangerschaft
☐ Entbindung
☐ akuter schwerer Krankheit
☐ akuter Verschlimmerung einer Krankheit

Ursache der Erkrankung:

☐ Dienstunfall ☐ Sonstiges: _____

Ich bin berufstätig (bitte auch angeben, falls derzeit arbeitsunfähig)

	Uhrzeit von – bis
Mo	
Di	
Mi	
Do	
Fr	
Sa	
So	

Kinder unter 12 Jahren/behinderte Kinder im Haushalt

Name	Geburtstag	Angabe zur Art der Behinderung
1.		
2.		
3.		

	Das Kind wurde betreut	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	Uhrzeit
1.	☐ Im Kindergarten, Tagesstätte usw.								
	☐ sonstige Betreuung								
2.	☐ Im Kindergarten, Tagesstätte usw.								
	☐ sonstige Betreuung								
3.	☐ Im Kindergarten, Tagesstätte usw.								
	☐ sonstige Betreuung								

Weitere im Familienhaushalt lebende Personen:

Name	Geburtstag
1.	
2.	
3.	

	Obengenannte Person kann den Haushalt nicht weiterführen, weil (Angabe des Grundes)	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	Uhrzeit
1.									
2.									
3.									

Angaben zur Haushaltshilfe

Ich beantrage vom _____ bis _____ an _____ Tagen in der Woche jeweils in der Zeit von _____ Uhr bis _____ Uhr = _____ Stunden/Tag

☐ die Kostenerstattung für eine selbstbeschaffte Haushaltshilfe (z. B. Freunde, Nachbar)

_____

Name und Anschrift

Sind Sie mit der Person verwandt oder verschwägert bis zum 2. Grad? ☐ Ja ☐ Nein

☐ die Kostenerstattung bei unbezahltem Urlaub wegen Übernahme der Haushaltsführung der Ehe-/Lebenspartner(in)

_____

Name und Anschrift

Ist die Haushaltshilfe mit Ihnen bis zum 2. Grade verwandt oder verschwägert, können nur die erforderlichen Fahrkosten und der Verdienstausfall erstattet werden. Der Stundensatz hierfür beträgt 11,75 Euro und wird für bis zu 8 Stunden täglich gezahlt. Für die Haushaltshilfe ist eine Zuzahlung in Höhe von 10 v.H. der Kosten (10 %, mindestens 5,00 Euro, maximal 10,00 Euro tgl.) zu leisten.

☐ die Kostenerstattung für eine Ersatzkraft einer caritativen Einrichtung wie z. B. Sozialdienst

Name und Anschrift

Für eine Ersatzkraft einer caritativen Einrichtung entstehen mir folgende Kosten

täglich _____ Euro stündlich _____ Euro

Ich bitte um

☐ Überweisung auf das Konto der Ersatzkraft ☐ Überweisung auf mein Konto

Kontoinhaber	
Geldinstitut	
IBAN	BIC

☐ Erstattung des Verdienstausfalles meines Ehe-/Lebenspartners) in Höhe der Kosten, die bei Einsatz einer selbstbeschafften Ersatzkraft entstanden wären

Kontoinhaber	
Geldinstitut	
IBAN	BIC

Ort, Datum

Unterschrift

Ärztliche Bescheinigung über die Notwendigkeit einer Haushaltshilfe

Antragssteller/in:

Vorname	Name	Versicherungsnummer

Haushaltshilfe ist erforderlich

Vom _____ bis _____

wegen folgender Erkrankung(en):

Auf Grund der Erkrankung(en) ist die Haushaltsführung zurzeit

☐ gar nicht möglich ☐ nur eingeschränkt möglich

Es liegen in folgenden Bereichen Funktionseinschränkungen vor:

☐ Zubereitung der Mahlzeiten

☐ Reinigen der Wohnung

☐ Beaufsichtigung und Betreuung der Kinder

☐ Einkaufen

☐ Sonstiges (z. B. Wäsche)

Die Haushaltshilfe wird benötigt

Vom _____ bis _____

für jeweils _____ Stunden pro Tag, für _____ Tage pro Woche.

Sofern Sie mehr als 2 Stunden täglich für erforderlich halten bitten wir Sie, dies nachstehend zu begründen:

_____

_____

_____

_____ _____

Ort, Datum Stempel und Unterschrift